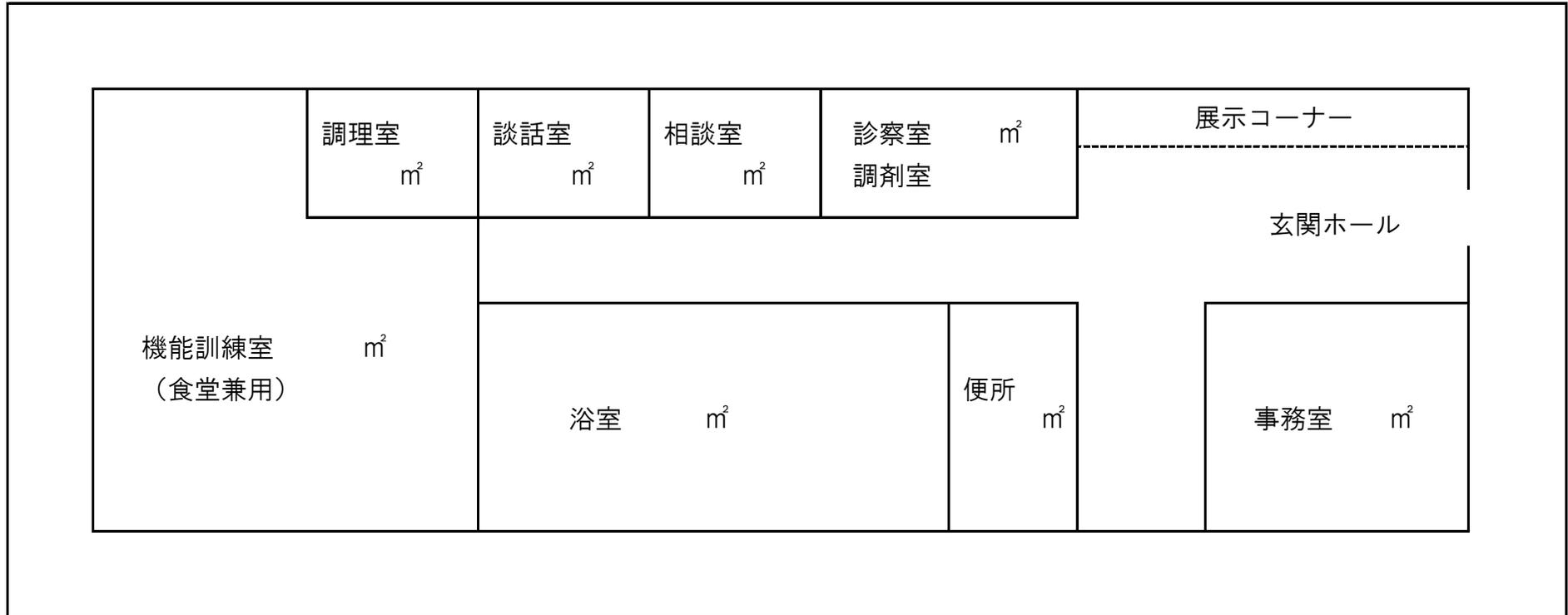


(別紙6)
 平面図

事業所・施設の名称 「該当する体制等 ー 」



- 備考1 届出に係る施設部分の用途や面積が分かるものを提出すること。
 2 当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

- 備考1 *欄には、当該月の曜日を記入してください。
- 2 「人員配置区分」又は「該当する体制等」欄には、別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる人員配置区分の類型又は該当する体制加算の内容をそのまま記載してください。
- 3 届出を行う従業者について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。
(記載例1—勤務時間 ①8:30~17:00、②16:30~1:00、③0:30~9:00、④休日)
(記載例2—サービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)
※複数単位実施の場合、その全てを記入のこと。
- 4 届出する従業者の職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B~Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。
勤務形態の区分 A:常勤で専従 B:常勤で兼務 C:常勤以外で専従 D:常勤以外で兼務
- 5 常勤換算が必要なものについては、A~Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。
- 6 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 7 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 8 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(別紙8-1)

緊急時訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケア体制に係る届出書

事業所名		異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設等の区分	1 (介護予防) 訪問看護事業所 (訪問看護ステーション) 2 (介護予防) 訪問看護事業所 (病院又は診療所) 3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 4 看護小規模多機能型居宅介護事業所		
届出項目	1 緊急時訪問看護加算 3 ターミナルケア体制 2 特別管理加算に係る体制		

1 緊急時訪問看護加算に係る届出内容

① 連絡相談を担当する職員()人

保健師		人	常勤	人	非常勤	人
看護師		人	常勤	人	非常勤	人

② 連絡方法

--

③ 連絡先電話番号

1	()	4	()
2	()	5	()
3	()	6	()

2 特別管理加算に係る体制の届出内容

① 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
② 当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。	有・無
③ 病状の変化、医療器具に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。	有・無

3 ターミナルケア体制に係る届出内容

① 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
② ターミナルケアの提供過程における利用者の心身状況の変化及びこれに対する看護の内容等必要な事項が適切に記録される体制を整備している。	有・無

備考 緊急時の訪問看護、特別管理、ターミナルケアのそれぞれについて、体制を敷いている場合について提出してください。

(別紙9)

夜間看護体制に係る届出書

事業所名	
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設種別	1 特定施設入居者生活介護 2 地域密着型特定施設入居者生活介護

夜間看護体制加算に係る届出内容

看護職員の状況

保健師	常勤	人
看護師	常勤	人
准看護師	常勤	人

24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
必要に応じて健康上の管理等を行う体制を確保している。	有・無

看護体制加算に係る届出書

事業所名			
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了		
施設種別	1 介護老人福祉施設	2 地域密着型介護老人福祉施設	
届出項目	1 看護体制加算 (I) イ	2 看護体制加算 (I) ロ	
	3 看護体制加算 (II) イ	4 看護体制加算 (II) ロ	

看護体制加算に関する届出内容

定員及び入所者の状況

定員	人	入所者数	人
----	---	------	---

看護職員の状況

保健師	常勤	人	常勤換算	人
看護師	常勤	人	常勤換算	人
准看護師	常勤	人	常勤換算	人

連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

病院・診療所・訪問看護ステーション名	事業所番号

24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
-----------------------	-----

看取り介護体制に係る届出書

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
施設種別	1 介護老人福祉施設 2 地域密着型介護老人福祉施設

看取り介護体制に関する届出内容

看護職員の状況

看護師	常勤	人
-----	----	---

連携する病院・診療所・訪問看護ステーション

病院・診療所・訪問看護ステーション名	事業所番号

① 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
② 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に説明し、同意を得る体制を整備している。	有・無
③ 医師、看護職員、介護職員、介護支援専門員その他の職種の者による協議の上、施設における看取りの実績等を踏まえ、適宜、看取りに関する指針の見直しを行う体制を整備している。	有・無
④ 看取りに関する職員研修を行う体制を整備している。	有・無
⑤ 看取りを行う際の個室又は静養室の利用が可能となる体制を整備している。	有・無

(別紙11)

栄養マネジメントに関する届出書

1 事業所名																							
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了																						
3 施設種別	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 地域密着型介護老人福祉施設																						
4 栄養マネジメントの状況	<table border="1"><tr><td>常勤の管理栄養士</td><td>人</td></tr></table> <p>栄養マネジメントに関わる者</p> <table border="1"><thead><tr><th>職 種</th><th>氏 名</th></tr></thead><tbody><tr><td>医 師</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師</td><td></td></tr><tr><td>管 理 栄 養 士</td><td></td></tr><tr><td>看 護 師</td><td></td></tr><tr><td>介護支援専門員</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table>	常勤の管理栄養士	人	職 種	氏 名	医 師		歯科医師		管 理 栄 養 士		看 護 師		介護支援専門員									
常勤の管理栄養士	人																						
職 種	氏 名																						
医 師																							
歯科医師																							
管 理 栄 養 士																							
看 護 師																							
介護支援専門員																							

※ 「栄養マネジメントに関わる者」には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

認知症専門ケア体制に係る届出書

事業所名		異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
サービス種別	1 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 2 認知症対応型共同生活介護 3 地域密着型特定施設入居者生活介護		

○ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）（Ⅱ）共通

1. 入所者の状況

入所者の総数①		人
うち認知症の者②		人
割合	#DIV/0!	%

判定	#DIV/0!
----	---------

注：認知症の者とは、日常生活自立度のランクⅢ、ⅣまたはMに該当する者を指すものとする。

2. 認知症介護に係る専門的な研修の状況

研修修了者の数は、認知症の者の数が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は、1に19を超えて10又はその端数を増すごとに1を加えた数以上配置し、チームとして専門的な認知症ケアを実施しているか。

必要数		人
配置数		人

修了者名	修了年月日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日

例	～ 19	1人
	20 ～ 29	2人
	30 ～ 39	3人

* 修了証の写しを添付すること。

3. 認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議の定期的な開催状況

開催状況	月 日開催	会議の課題等 ()	人
	月 日開催	会議の課題等 ()	人

○ 認知症専門ケア加算（Ⅱ）を算定する場合

1. 認知症介護の指導に係る研修の状況

修了者名	修了年月日
	年 月 日
	年 月 日

* 修了証の写しを添付すること。

2. 認知症ケアに関する研修計画 (年度)

受講対象者名	研修期間	実施時期	研修目標	研修内容

※上記内容に準じた介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を添付すること。

(別紙14)

認知症加算要件確認表（地域密着型通所介護）

※（１）または（２）に入力してください。

事業所名	
事業所番号	

（１）前年度の実績を用いる場合（３月を除いて計算をします。）

	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		合計	日常生活自立度Ⅲ以上の利用者合計	割合(%)
	うち日常生活自立度Ⅲ以上		うち日常生活自立度Ⅲ以上		うち日常生活自立度Ⅲ以上		うち日常生活自立度Ⅲ以上		うち日常生活自立度Ⅲ以上				
記載例	30	10	40	10	60	15	40	20	10	7	180	62	34.4%
4月											0	0	#DIV/0!
5月											0	0	#DIV/0!
6月											0	0	#DIV/0!
7月											0	0	#DIV/0!
8月											0	0	#DIV/0!
9月											0	0	#DIV/0!
10月											0	0	#DIV/0!
11月											0	0	#DIV/0!
12月											0	0	#DIV/0!
1月											0	0	#DIV/0!
2月											0	0	#DIV/0!
※利用者の実人員又は延人数を入力してください。											合計（A）		#DIV/0!
※届出を行った月以降においても、毎月割合を記録し、所定の割合を下回った場合には、速やかにその旨を届出てください。											実績のある月数		
											平均（A）/実績月数		#DIV/0!
											算定要件		20%以上
											判定	#DIV/0!	

（２）直近3ヶ月の実績を用いる場合

※前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所も含みます。)は、こちらに記載してください。

	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		合計	日常生活自立度Ⅲ以上の利用者合計	割合(%)
	うち日常生活自立度Ⅲ以上		うち日常生活自立度Ⅲ以上		うち日常生活自立度Ⅲ以上		うち日常生活自立度Ⅲ以上		うち日常生活自立度Ⅲ以上				
月											0	0	#DIV/0!
月											0	0	#DIV/0!
月											0	0	#DIV/0!
※利用者の実人員又は延人数を入力してください。											合計（A）		#DIV/0!
※届出を行った月以降においても、毎月割合を記録し、所定の割合を下回った場合には、速やかにその旨を届出てください。											平均（A）/実績月数		#DIV/0!
											算定要件		20%以上
											判定	#DIV/0!	

(別紙15)

日常生活継続支援加算要件チェックリスト

事業所名	
事業所番号	

1 入所者要件

★新規入所者の総数のうち、要介護4、5の入所者の占める割合が100分の70以上、日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ、Ⅴの入所者の占める割合が100分の65以上、又は社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第1条各号に掲げる行為を必要とする者の占める割合が入所者の100分の15以上であること。【いずれかに該当すること。】

月	利用実人員			利用 実人員 合計	うち要介護4・5の 利用実人員合計		新規入所者数のう ち、日常生活自立度 Ⅲ以上の利用実人員 合計	
	新規入所者の総数		要介護4		要介護5	割合 (%)	割合 (%)	
	うち日常生活自立度 Ⅲ以上							
月				0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
月				0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
月				0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
月				0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
月				0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
月				0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
月				0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
月				0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
月				0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
月				0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
火				0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
月				0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
月				0	0	#DIV/0!	0	#DIV/0!
※利用者の実人員を入力してください。				割合		#DIV/0!		#DIV/0!

入所者要件に関する留意事項

算定日の属する月の前6月間又は前12月間における新規入所者の総数における要介護4又は5の者の割合及び日常生活に支障を来すおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症である者の割合を算出する際には、対象となる新規入所者ごとのその入所日における要介護度及び日常生活自立度の判定結果を用いてください。

また、届出を行った月以降においても、毎月において直近6月間又は12月間のこれらの割合がそれぞれ所定の割合以上であることが必要です。これらの割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下

#DIV/0! #DIV/0!

2 職員要件

★介護福祉士の数が常勤換算方法で、入所者の数が6またはその端数を増すごとに1以上であること

前年度平均入所者数		人	必要な介護福祉士の人数		人
-----------	--	---	-------------	--	---

介護福祉士の常勤換算数	
月	
月	
月	
平均	0

職員要件に関する留意事項

介護福祉士の員数については、届出日前3月間の平均を常勤換算方法を用いて算出した値が、必要な人数を満たさなければなりません。さらに、届出を行った月以降においても、毎月において直近3月間の介護福祉士の員数が必要な員数を満たしていることが必要であり、必要な人数を満たさなくなった場合は、直ちに加算の取下げの届出を提出してください。

該当

(別紙16)

中重度者ケア体制加算要件確認表 (地域密着型通所介護)

事業所名	
事業所番号	

(1) 前年度の実績を用いる場合 (3月を除いて計算をします。)

						利用実人員 合計	うち要介護 3・4・5の 利用実人員合 計	割合 (%)
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5			
記載例	40	50	60	30	30	210	120	57%
4月						0	0	#DIV/0!
5月						0	0	#DIV/0!
6月						0	0	#DIV/0!
7月						0	0	#DIV/0!
8月						0	0	#DIV/0!
9月						0	0	#DIV/0!
10月						0	0	#DIV/0!
11月						0	0	#DIV/0!
12月						0	0	#DIV/0!
1月						0	0	#DIV/0!
2月						0	0	#DIV/0!
※利用者の実人数又は延人数を用いて計算してください。						合計 (A)		#DIV/0!
※届出を行った月以降においても、毎月割合を記録し、所定の割合を下回った場合には、速やかにその旨を届出てください。						実績のある月数		
						平均 (A) / 実績月数		#DIV/0!
						加算要件		30%以上
						判定		#DIV/0!

(2) 直近3ヶ月の実績を用いる場合

※前年度の実績が6月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所も含みます。)は、こちらに記載してください。

						利用実人員 合計	うち要介護 3・4・5の 利用実人員合 計	割合
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5			
月						0	0	#DIV/0!
月						0	0	#DIV/0!
月						0	0	#DIV/0!
※利用者の実人数又は延人数を用いて計算してください。						合計 (A)		#DIV/0!
※届出を行った月以降においても、毎月割合を記録し、所定の割合を下回った場合には、速やかにその旨を届出てください。						平均 (A) / 3		#DIV/0!
						加算要件		30%以上
						判定		#DIV/0!

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護各種加算体制届出書

事業所名	
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

※該当する加算のみ記入してください

個別機能訓練体制	機能訓練指導員の配置状況	
	(氏名)	(資格)
	共同して計画作成及び評価等を行う者の職種	
	(職種)	

若年性認知症利用者受入体制	※要件を満たす場合に☑してください	
	<input type="checkbox"/> 職員の欠員・研修の未受講はない	
	<input type="checkbox"/> 受け入れた若年性認知症利用者ごとに担当者を定めている	
	<input type="checkbox"/> 受け入れた若年性認知症利用者の特性に応じたサービス提供をおこなうこととしている。	
	<input type="checkbox"/> 当該加算について、運営規程や重要事項説明書等に記載	
	<input type="checkbox"/> 利用者・利用者家族からの同意を得ている	

常勤専従医師配置	常勤専従医師の配置状況	
	(氏名)	(資格)

精神科医師定期的診療指導	精神科医師	
	(氏名)	(資格)
	認知症入所者の割合	%(年 月 日時点)
	療養指導の回数	(ひと月) 回

障害者生活支援体制	障害者生活支援員(常勤専従)の配置状況	
	(氏名)	(資格)
	障害者の入所者数	人(年 月 日時点)

- ※当該職員の資格証の写し1部と当該事業所で使用される計画書を1部添付してください。
- ※加算を算定する月からの4週分の勤務表の添付してください。
- ※雇用契約書の写しを添付してください。
- ※計画、記録、評価が必要なものについては、それぞれの様式を添付してください。
- ※必要に応じ行を追加してください

